

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"PSICOPATOLOGIA EN PADRES O TUTORES DE
PACIENTES CON ENFERMEDADES ALERGICAS"

POR


DRA. JESSICA SAMANTHA CORTEZ RAMIREZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA


DICIEMBRE 2018

**“PSICOPATOLOGÍA EN PADRES O TUTORES DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES ALÉRGICAS”**


Aprobación de la tesis:



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Director de la tesis



Dr. Alfredo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“PSICOPATOLOGÍA EN PADRES O TUTORES DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES ALÉRGICAS”**

Por

DR. (A) JESSICA SAMANTHA CORTÉZ RAMÍREZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

DICIEMBRE, 2018

**“PSICOPATOLOGÍA EN PADRES O TUTORES DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES ALÉRGICAS”**

Aprobación de la tesis:

**Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Director de la tesis**

**Dr. Alfredo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza**

**Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación**

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento**

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi madre porque gracias a su esfuerzo y trabajo pude cumplir una meta más.

A mi pareja por su apoyo y comprensión.

A mis maestros, compañeros y amigos por las enseñanzas y apoyo brindado durante estos 4 años.

¡Gracias!

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
RESUMEN	1
Capítulo II	
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES.....	11
MARCO TEÓRICO.....	15
Capítulo III	
HIPÓTESIS	27
Capítulo IV	
OBJETIVOS	29
Capítulo V	
MATERIAL Y MÉTODOS	31
Capítulo VI	
RESULTADOS.....	34
Capítulo VII	
DISCUSIÓN	40

Capítulo VIII

CONCLUSIÓN	43
------------------	----

Capítulo IX

ANEXOS	45
CUESTIONARIO.....	46

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA	62
--------------------	----

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	65
------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Tabla Género.....	49
2. Tabla Residencia.....	50
3. Tabla estado civil	51
4. Tabla nivel educación padre	52
5. Tabla nivel educación madre	53
6. Tabla ocupación padre	54
7. Tabla ocupación madre	55
8. Tabla Diagnóstico del Hijo	56
9. Tabla tiempo de tratamiento	57
10. Tabla Gravedad Asma	58
11. Tabla Puntuaciones brutas por cada dimensión de síntomas.....	59
12. Tabla Puntuaciones totales por cada dimensión de síntomas	59
13. Tabla Puntuaciones brutas en índices globales.....	60
14. Tabla Puntuaciones totales en índices globales.....	60
15. Tabla Correlación entre Índices de malestar global y necesidad de ayuda psicológica.....	60

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Gráfico Género encuestado	49
2. Gráfico lugar de residencia	50
3. Gráfico estado civil	51
4. Gráfico nivel educación padre	52
5. Gráfico nivel educación madre	53
6. Gráfico ocupación padre	54
7. Gráfico ocupación madre	55
8. Gráfico diagnóstico del hijo	56
9. Gráfico tiempo de tratamiento	57
10. Gráfico Gravedad Asma	58

LISTA DE ABREVIATURAS

CRAIC: Centro Regional de Alergias e Inmunología Clínica.

HHS: Eje Hipótalamo Hipófisis Suprarrenal.

BSI: Inventario Breve de Síntomas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

Capítulo I

RESUMEN

Se ha visto que influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa; el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos de la familia. Los factores psicológicos actúan a menudo según un modelo circular, afectando los problemas del paciente a la familia y los problemas de la familia al propio paciente, demostrándose una relación entre los procesos familiares y la sintomatología en niños y adolescentes. Se ha visto que la labor del cuidador desencadena una interrupción en su cuidado, que origina una disfunción en su calidad de vida la cual debe ser evaluada para lograr su bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar. El cuidar a un paciente con enfermedad crónica implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo. No sólo el paciente con enfermedad crónica requiere un cuidado, sino también su cuidador, a fin de identificar oportunamente sus necesidades (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). La presente investigación pretende determinar los síntomas psicopatológicos reportados por padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas que acudan con sus hijos a la consulta externa del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. A través del Inventario Breve de síntomas BSI Derogatis y Melisaratos 1983, instrumento de cuantificación sintomática que comprende 53 ítems, dividida en 9 dimensiones sintomáticas y 3 índices globales de malestar asociado.

Capítulo II

INTRODUCCIÓN

En relaciones sanas, los padres son el recurso principal de guía, apoyo y estructura sin embargo hay padres que luchan con problemas de salud mental lo cual pueden dar lugar a tensión. Los efectos del apego con padres resultan duraderos e influyen en los problemas de salud del niño. Madres en ambientes socialmente demandantes generalmente tienen técnicas parentales disfuncionales lo cual resulta en aumento de problemas internalizados y externalizados en sus hijos.

La psicopatología en padres puede crear más agobio y mayores demandas en sus hijos, e incluso bloquea el potencial efecto benéfico de la relación padre-hijo. Así mismo se relaciona con conductas parentales disfuncionales como rechazo y aspereza lo cual afecta a los hijos. La relación entre el malestar psicológico de padres y la regulación en niños es mediada por la calidad de la relación con cada padre por individual. Generalmente tienen técnicas de afrontamiento mal adaptativo (evitativo o desconectado) frente a situaciones estresantes a lo largo de la vida del niño lo cual incrementa los riesgos en su salud (Steele & McKinney, 2018).

La historia de enfermedad mental tiene consecuencias negativas para las familias. Individuos con historia de enfermedades mentales son más propensos a casarse antes de los 20 años, a desarrollar violencia intrafamiliar y de que sus matrimonios terminen en divorcio. Además la psicopatología en padres se asocia con incremento en el riesgo de psicopatología en sus hijos (Ross, Hunter, Zerbe, & Hanna, 2012).

La prevalencia de las enfermedades alérgicas va en aumento tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Globalmente afectan al 30% de la población. Dichas enfermedades comprenden: asma, rinitis, anafilaxia, alergias específicas, eczema, urticaria y angioedema. Este aumento es especialmente importante en niños, en quienes se observa la mayor tendencia de aumento en las últimas dos décadas. Debido a que la prevalencia ha aumentado tanto, se ha llegado a considerar como problema de salud. Según las

estadísticas de la organización Mundial de la Salud, cientos de millones de sujetos en el mundo sufren de rinitis y 300 millones tienen asma; dichas enfermedades afectan notablemente la calidad de vida los individuos y sus familias; generando además un impacto negativo en el bienestar socio-económico (Sánchez Borges, Martin, & Muraro, 2018).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), en el 2008 las enfermedades crónicas constituyeron las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo. Dichas enfermedades generan dependencia total o parcial. La primera se caracteriza por que hay una pérdida total de la autonomía. Y en la dependencia parcial, el individuo es capaz de favorecer el autocuidado; pero requiere un *cuidador* que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud. Las enfermedades de dependencia parcial evolucionan de manera progresiva a través del tiempo, requieren modificación en estilos de vida (manejo dietario y nutricional, actividad física, manejo de estrés y dejar de fumar), visitas continuas al médico (controles paraclínicos periódicos y tratamientos farmacológicos) y apoyo educativo en ocasiones. (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

ALERGIA. Es una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos. Puede ser mediada por anticuerpos o células. En la mayoría de los casos, el anticuerpo responsable característico de una reacción alérgica pertenece al isotipo IgE, pudiendo decirse que estos pacientes padecen una alergia mediada por IgE. No todas las reacciones alérgicas asociadas a IgE suceden en sujetos atópicos. En la alergia no mediada por IgE, el anticuerpo puede pertenecer al isotipo IgG.

ASMA. Es la enfermedad crónica más prevalente de la infancia. Enfermedad heterogénea, caracterizada por inflamación crónica de vía aérea, que induce a

un aumento excesivo de la reactividad bronquial frente a distintos estímulos ambientales como contaminantes, irritantes, bajas temperaturas, humedad ambiental, esfuerzos físicos y diversos factores psico-emocionales. Se manifiesta a través de episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, tos y excesiva producción de secreciones mucosas, asociadas a una obstrucción generalizada y variable del flujo aéreo pulmonar, que es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento.

Es una enfermedad respiratoria crónica que afecta del 1-18% de la población general en diferentes países. En población pediátrica las tasas varían entre un 6% y un 13%. Es una de las principales causas de morbilidad por problemas respiratorios, la cual ha presentado un incremento considerable en su prevalencia en los últimos 20 años a nivel mundial. De México aproximadamente el 6% de la población infantil padece de asma. (Reddel & Pedersen, 2018).

Los primeros síntomas de una crisis pueden aparecer súbitamente o presentarse de forma progresiva durante varios días. Esta enfermedad requiere constante atención por parte de los padres de los niños afectados. Debido a su evolución, puede llegar a ser origen de múltiples visitas al médico e incluso de hospitalizaciones continuas. La frecuencia de las crisis asmáticas, admisiones a hospital, los efectos secundarios del tratamiento, el ausentismo escolar, las limitaciones en deportes y otras actividades; así como la fatiga y los problemas de sueño afectan directamente la calidad de vida los pacientes y sus cuidadores. Sin embargo, puede ser que la calidad de vida no sólo resulte de las limitaciones respiratorias, sino de factores psicológicos relacionados con enfermedades en la infancia, la familia y en particular el cuidador primario (Mrazek, 1992).

RINITIS ALÉRGICA. Enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal mediada por anticuerpos IgE alérgeno-específicos, con participación de diversas células, citosinas y mediadores; cuyos síntomas principales, son rinorrea, obstrucción nasal, prurito y estornudos en salva, los cuales remiten

espontáneamente o con tratamiento. Afecta actualmente entre el 10% y 30% de la población. Las tasas de prevalencia están aumentando en todo el mundo. Se considera como un *factor de riesgo para el asma*. Otras co-morbilidades son: sinusitis, poliposis nasal, conjuntivitis, otitis media con derrame, infecciones respiratorias de las vías aéreas superiores, respiración bucal y trastornos del sueño.

Tiene un impacto significativo en los pacientes en base al grado de severidad de sus síntomas. Así como efectos psicológicos, pues interfiere con las interacciones sociales y crea una carga económica no sólo para el afectado, sino para su familia y para la sociedad en general. El tratamiento se basa en la educación del paciente, medidas de control ambiental, farmacoterapia e inmunoterapia específica (Pawankar , Canonica, Holgate, & Lockey, 2011).

Enfermedad crónica en niños

Las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta. Enfermedad de >3 meses de duración o que requiere hospitalización continua por >1mes, lo suficientemente severa como para interferir con las actividades diarias del niño. Dicha condición biológica o psicológica, produce limitación en la función, actividades o rol social en comparación con niños sanos de su misma edad; así como dependencia de medicación, dieta especial, tecnología y asistencia médica, psicológica o educacional. Poseen una prevalencia aproximada según la literatura de 0.22 a 44%. Repercuten en los niños de forma diferente según la fase de desarrollo.

En la adolescencia, pueden perjudicar el desarrollo de la independencia así como los planes de futuro. El impacto que tiene en su familia es un proceso de interacción entre el niño, la enfermedad, la propia familia y el entorno. En ocasiones su evolución imprevisible, supone un gran impacto emocional tanto para él como para su familia. Muchas familias reaccionan con una actitud sobreprotectora, con sentimientos de culpabilidad y/o de ambivalencia.

El impacto que generan estas enfermedades no sólo afecta al paciente, sino también a la persona que lo cuida. Ya que este grupo de pacientes necesita la ayuda de un cuidador, como su moderador de conductas, supervisor, quien proporciona un cuidado activo y apoyo; pues participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas rutinarias a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente. (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. La calidad de vida de los cuidadores es considerada, cada vez más, una variable médica a estudiar ya que se ha observado que la sobrecarga en el cuidador puede relacionarse con mayor incidencia de enfermedades médicas. Se sabe que el asma tiene un efecto directo en la calidad de vida los niños que la padecen y su familia.

El cuidado de un enfermo ocasiona que las mujeres, mayoría de las cuidadoras en México, abandonen su desarrollo personal (laboral/profesional). Según éstas, se relaciona con un deterioro en sus relaciones de pareja. Tal como lo aseveran Rydstrom et al. estudio donde se observa cómo las familias son sometidas a un estado constante de incertidumbre lo cual afecta sus relaciones. Las madres que viven solas refieren como uno de los motivos más importantes de la separación, la enfermedad de sus hijos (Bazán Riverón, Rodríguez Martínez, Osorio Guzmán, & Sandoval Navarrete, 2014).

El sistema familiar de un paciente pediátrico con enfermedad crónica debe enfrentarse, además de a los estresores comunes a todas las familias, a los

originados por la presencia de la enfermedad. Estos factores adicionales de estrés incluyen aspectos como los siguientes:

- a) La propia enfermedad y la novedad/incertidumbre de su curso y evolución.
- b) La comprensión de la información que brinda el personal sanitario, explicaciones sobre la enfermedad al paciente y al entorno más cercano, el tener que abordar la confrontación o resistencia del niño a su tratamiento.
- c) Las dificultades económicas, al tener que dedicar parte del presupuesto familiar a tratar la enfermedad (que repercute en otras necesidades como ocio, recreación o compartir experiencias).
- d) El manejo psicoemocional de elementos ligados a los cuidados necesarios.
- e) Las tensiones con la pareja y familia, y conflictos de roles.

En un estudio realizado en Valencia durante el 2016, se mostró que un porcentaje elevado de los cuidadores de pacientes asmáticos presentó sintomatología ansiosa y depresiva; aspecto igualmente señalado en estudios realizados en cuidadores de niños con talla baja, diabetes mellitus tipo 1 o cáncer, en los que, un porcentaje importante de casos presentaban un problema clínico que requería atención psicológica. (Valero Moreno, Pérez Marín, & Montoya Castilla, 2018).

Generalmente son los padres las personas encargadas de ejercer las funciones de cuidado y protección, así como decidir sobre la salud del niño. Cuando se trata de enfermedades crónicas, se ha identificado su influencia en la interacción entre el cuidador y el niño enfermo. La sintomatología depresiva y ansiosa del cuidador de un niño es un factor importante en esta interacción. En un estudio de cohorte de diadas cuidador-niño, se demostró que los cuidadores manifestaron más síntomas depresivos cuando atendían niños con exacerbaciones de asma. Al mismo grado que la sintomatología ansiosa, otro factor predominante, identificada y relacionada con una escasa adherencia farmacológica y con recaídas y exacerbaciones asmáticas.

Se ha reportado que el incremento en la ansiedad de los cuidadores se relaciona con la severidad del asma del niño y con el aumento de sus síntomas. A menudo los cuidadores asumen diversos roles, por ejemplo: son empleados que deben cumplir un horario, son responsables de que el ambiente esté libre de alérgenos y deben vigilar la salud del niño, asistirlo en el tratamiento prescrito y llevarlo a las consultas. Asimismo enfrentan circunstancias como atender a los otros hijos, al cónyuge o algún familiar que lo necesite. Bazán, Rodríguez, Osorio y Sandoval 2014 aducen que “el cuidado de un enfermo en la familia o en casa supone un fuerte impacto en la vida de las cuidadoras que implica grandes costos” (Fregoso Vera, Jurado Cárdenas, & Gómez Vera, 2016).

Las enfermedades crónicas comparten características particulares, factores personales y medioambientales que necesitan ser atendidos para que el tratamiento de éstas sea exitoso; siendo necesario que el paciente se encuentre acompañado por una persona activa, responsable y comprometida con el cuidado, para que el paciente pueda adaptarse a los nuevos requerimientos de vida asociados a su patología. El cuidador debe poseer características específicas: responsabilidad, disciplina, paciencia, adaptabilidad a los cambios; al mismo tiempo que brinda acompañamiento y apoyo emocional al paciente, pues es su respaldo en el proceso de la enfermedad. Además de ciertas características socioculturales y biológicas, como ser mujer en la mayoría de los casos, ya sea por vínculos afectivos o por una estrecha relación, desde los cuales ayudan al cuidado de personas.

Se ha demostrado que los pacientes que cuentan con el apoyo de un familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad crónica; *por tal motivo el cuidador también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y en muchas ocasiones deja de lado la propia*. Es importante reconocer esto para proporcionarles herramientas, cuyo fin es mejorar la capacidad de afrontamiento, satisfacer las necesidades del paciente, responder a la

problemática familiar y mantener su propia salud (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

ANTECEDENTES

Aproximadamente 1 millón de niños a nivel mundial sufren condiciones físicas crónicas que requieren de cuidados especiales. Los cuidados que un niño con una enfermedad crónica demanda, requieren gran responsabilidad tanto física como emocional. Padres de niños crónicamente enfermos han reportado más ansiedad y depresión, altos niveles de estrés y limitaciones en su funcionamiento social. La experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de forma importante.

Ponce manifestó que el cuidador se ve sometido a estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, alteración en la ejecución habitual de su rol, en sus interacciones sociales, percepción de la falta de respaldo social y de apoyo, falta de actividad, dispersión, alteración del trabajo habitual, severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, cantidad de cuidado o supervisión requerida.

Estas personas tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas y ello repercute tanto en su propia persona como en su entorno, generando cambios en diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Histórica y culturalmente a la mujer se le ha asignado este papel de cuidador, aduciendo condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar. García et al. presentan información acerca del predominio de las mujeres como cuidadoras informales, generalmente con menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas. Adoptando a menudo otros roles de manera simultánea, es decir, cuidadora a la vez que madre-esposa-hija, ama de casa o trabajadora; y por lo tanto la dificultad para compatibilizar las distintas

responsabilidades repercute en sus vidas (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

Se ha encontrado que quienes tienen una experiencia superior de tres meses como cuidadores experimentan cambios en su vida, pues, a medida que pasa el tiempo, aumenta la demanda y la carga de cuidado, lo cual repercute en el bienestar y estado funcional del cuidador en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. La *calidad de vida* para Ferrell y colaboradores es la evaluación subjetiva de los atributos que caracterizan la propia vida, consta de cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

- *Dimensión física:* salud física general y síntomas que presentan (fatiga, alteraciones del sueño, funcionalidad, náuseas, alteraciones del apetito, estreñimiento, dolores y malestar). Espinosa manifiesta que presentan alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico, hiporexia, estrés emocional (aun mayor que el propio enfermo), ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc. que se han englobado bajo la expresión *síndrome de agotamiento del cuidador*.
- *Dimensión psicológica:* reconocimiento y comprensión de su estado cognitivo y afectivo. Presentan dificultades en la concentración o en recordar cosas, sentir aflicción y angustia.
- *Dimensión social:* percepción del individuo acerca de relaciones interpersonales, su rol en la vida, necesidad de apoyo social y familiar.
- *Dimensión espiritual:* enmarca el significado de acontecimientos, incertidumbre, esperanza, religiosidad o trascendencia. El valor espiritual constituye el respaldo a situaciones difíciles, proporciona orientación y sentido a la vida, genera cambios positivos para el cuidador (como compromiso y responsabilidad para con el otro); además de sentirse útiles y aferrarse a las creencias religiosas y culturales (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

En la estructura familiar se genera un desajuste donde aparecen reacciones de estrés en los miembros. Las madres generalmente asumen las primeras responsabilidades de los tratamientos médicos diarios, los procesos familiares se centran en las actividades vinculadas con la enfermedad. En función del tipo de enfermedad crónica, las madres manifiestan mayores niveles de estrés. Los trastornos crónicos psicológicos contribuyen más al estrés que una enfermedad física. Generalmente la madre cuidadora, crea una relación simbiótica con el hijo enfermo, el padre suele refugiarse en el trabajo; siendo los niveles de estrés y angustia en ambos progenitores diferentes; además hay un distanciamiento de los demás miembros de la familia.

También pueden contribuir en la variabilidad de presentación las características psicosociales del niño, padre y familia. En los niños que padecen asma, hay diferencias importantes a través de la vida dependiendo de la raza o grupo étnico. Estudios previos en muestras clínicas de estos niños sugieren que sus madres están en alto riesgo de desarrollar síntomas de depresión. Sin embargo el mecanismo que contribuye a ese incremento en la morbilidad no está claro.

Anderson et al encontraron que el factor familiar que se asocia al mal tratamiento de los síntomas de asma es la pobre salud mental materna. Cuidar a un niño con asma tiene un impacto en la salud mental de la madre y la salud mental de la madre afecta el asma de su hijo. El estado de salud del niño tiene una relación lineal con los síntomas maternos de depresión. Las variables psicológicas relacionadas con el asma, ya estén centradas en el paciente o en su familia no deben ser consideradas de forma aislada, especialmente en el caso de pacientes en edad infantil.

Los factores psicológicos actúan según un modelo circular, afectando los problemas del paciente a la familia y los problemas de la familia al propio paciente, demostrándose una relación entre los procesos familiares y la

sintomatología asmática en niños y adolescentes. Se hace necesario identificar no solo factores que afectan la calidad de vida del paciente, sino también *identificar los factores que afectan la calidad de vida de la familia*, ya que de esta manera se puede encarar la totalidad de los problemas, dentro de un abordaje más global de la enfermedad. Diversos estudios señalan que los aspectos disfuncionales que el trastorno puede originar en la familia son principalmente: ansiedad, sobreprotección, rasgos depresivos, culpa y hostilidad. La ansiedad y la depresión afectan a las familias con mecanismos parecidos a cómo lo hacen en los propios pacientes, existiendo una mayor presencia de estrés en padres de niños asmáticos en relación con padres de niños sanos, sobre todo en las madres (Fernández Rodríguez & González García, 2013).

Estresores maternos extra y una peor salud física incrementan los síntomas depresivos, y un mayor apoyo social o por parte de un familiar los disminuyen. Existe además asociación entre ansiedad/depresión de los padres y la presencia de un padecimiento crónico en los niños. Concientizar a los familiares sobre el estado de salud de sus hijos es importante para guiar mejores intervenciones. Proveer apoyo a los padres/cuidadores mejora el estado de asma de los niños (Shalowitz, y otros, 2014).

Los trastornos mentales afectan la salud física y psicológica de los niños y viceversa. Las madres tienen un rol activo en el cuidado de los niños y usualmente sufren más estrés que los padres, por lo tanto son más vulnerables a tener depresión. Cuidar de un niño con asma tendrá un impacto en la salud mental materna, así como la salud mental materna podrá afectar el asma de los niños. Shalowitz et al encontraron que los síntomas depresivos maternos se han asociado con altos niveles de morbilidad en asma infantil (Ghaempanah, y otros, 2013).

MARCO TEÓRICO

Investigaciones recientes se han enfocado en entender los procesos psicobiológicos asociados a la exposición a adversidades durante los primeros años de vida, que afectan el Neurodesarrollo infantil y el eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal, aumentando el riesgo de afectar la salud a lo largo de la vida. La evidencia para asociaciones entre asma infantil y adversidades sugiere que parte del espectro de la enfermedad asma podría evitarse poniendo atención a ciertos factores de riesgo modificables como problemas en la salud mental materna (Giallo, y otros, 2015).

La depresión y ansiedad afectan aproximadamente al 19% de las mujeres durante su primer año postparto y puede persistir en el periodo de la infancia temprana. Estudios han probado la asociación entre angustia/distress perinatal y asma en la infancia. En Reino Unido y Países Bajos encontraron que la ansiedad y depresión durante el embarazo, fueron asociadas con asma en la infancia. En otro estudio tipo cohorte en Canadá se encontró que la exposición continua a ansiedad materna y depresión del nacimiento a la infancia temprana, se asoció a un aumento del doble en riesgo de asma a la edad de 7 años (Giallo, y otros, 2015).

El Asma tiene distintos factores de riesgo y mecanismos inmunológicos, pero pocos estudios se han orientado hacia el impacto de los *factores psicosociales*, por ejemplo el efecto de la salud mental de madres sobre la prevalencia de asma en niños. Vivir con cuidadores que tienen trastornos mentales comunes es un determinante importante para tener asma en la infancia. Síntomas de ansiedad, depresión y estrés materno se asocian con la prevalencia y severidad de ambos fenotipos de asma, pueden alterar el perfil inmunológico del niño. El apoyo social familiar es un importante potencial moderador del impacto de los trastornos mentales maternos en la prevalencia de asma y morbilidad en la infancia (Marques dos Santos, Neves dos Santos, Cunha Rodrigues, & Lima Barreto, 2012).

La literatura demuestra que ambientes socio familiares en conflicto, agresión y un maternaje deficiente representan un perfil de riesgo. Lo cual tiene implicaciones en la salud mental y física del niño. Factores genéticos y familiares interactúan directa o indirectamente contribuyendo a disrupciones emocionales, sociales o biológicas las cuales pueden llegar a tener un impacto en el desarrollo. (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

El asma impacta de manera irreversible la salud mental materna. Madres de niños con asma se sienten abrumadas por la anticipación de un ataque o por el manejo de la enfermedad de sus hijos. Pak y Allen declararon que la depresión materna tiene un impacto negativo en varios aspectos de la vida de un niño como son su crecimiento, desarrollo, conducta, salud mental, seguridad y estado de salud. La pobre salud mental materna disminuye la habilidad de la madre de enfrentar el asma con sus hijos y es un marcador negativo de gran impacto en la enfermedad del niño en la familia (Ghaempanah, y otros, 2013).

La salud mental materna se relaciona con la salud física de sus hijos. Tener un hijo con asma es un estresor más en el contexto social de la madre, pues requiere de complejos planes de tratamiento. Se han encontrado asociaciones similares entre la sospecha de trastorno mental común materno y síntomas de asma en niño. La contribución de la salud mental materna aumenta la prevalencia de sibilancias/asma de ambos fenotipos (atópica/ no atópica) en niños. Su efecto sobre el asma infantil es independiente de la exposición del niño a otros factores de riesgo tanto biológico como ambiental. Experiencias de estrés crónico familiar afectan la ocurrencia de síntomas de asma, mediado por cambios en ciertos marcadores inflamatorios asociados. El factor protector del apoyo social familiar, reduce el riesgo de presentar asma infantil hasta un 34%.

Sin embargo este efecto protector del apoyo social solo se encontró en asma no atópica, apoyando la hipótesis de que *los factores psicosociales son más*

relevantes en casos de asma no atópica. Es posible que las madres que reciban apoyo social presenten menos síntomas de ansiedad/depresión y se perciban como más efectivos cuidadores, influyendo en su habilidad de adaptarse a las demandas del niño, así como proveerlo de adecuados cuidados tanto preventivos como curativos (Marques dos Santos, Neves dos Santos, Cunha Rodrigues, & Lima Barreto, 2012).

Niños expuestos a una trayectoria de síntomas depresivos maternos persistentes y altos a lo largo de la infancia temprana, incrementa casi al triple el riesgo de tener asma. La magnitud de la asociación es similar para factores como historia materna de asma (uso de medicamentos de asma durante el embarazo), fumar durante el embarazo y otros factores de contexto social. Niños hijos de madres severamente deprimidas y aquellas donde su salud mental empeora a través del tiempo están en un riesgo mayor de desarrollar asma en la infancia. Algunos mecanismos fisiológicos han sido propuestos para entender mejor cómo los factores emocionales en el contexto del funcionamiento familiar podrían estar relacionados a los resultados del asma infantil.

Específicamente 3 mecanismos reflejan interacciones entre procesos psicológicos y fisiológicos:

Eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal y Sistema Inmune.-

Podría mediar la relación entre factores emocionales y asma en 2 formas. Primero este eje se involucra en la regulación de la inflamación, componente central del asma. Segundo el impacto de factores emocionales en el funcionamiento del eje HHS ha sido examinado para entender las respuestas de los individuos al estrés. Evidencia acumulada teórica y empírica sugiere que el eje HHS regula la expresión de enfermedad alérgica y las respuestas inflamatorias alérgicas. La regulación neuroendocrina de la inflamación, respuestas inmunes y enfermedad podrían ocurrir a través de la liberación de glucocorticoides por la estimulación de este eje. El exceso de hormonas de estrés

se asocia a un aumento en la susceptibilidad a enfermedades inflamatorias, autoinmunes y alérgicas.

El inter juego entre la producción de cortisol endógeno e inflamación alérgica podría ser evidente en varias formas: la función pulmonar y el número de células inflamatorias circulantes varía con los niveles de cortisol plasmático, bajos niveles de cortisol endógeno podrían estar asociados a riesgo de asma. Estrés materno sostenido durante el embarazo ha sido asociado con secreción sostenida de cortisol que puede alterar el desarrollo del sistema inmune del feto. El cortisol podría influenciar los linfocitos T CD4 diferenciados e incrementar la susceptibilidad a la atopia y asma en niños genéticamente predispuestos. Numerosos factores psicosociales como historia de trauma, calidad de los cuidados en la infancia, psicopatología o temperamento; se puede asociar a alteraciones del eje HHS (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

La exposición a violencia puede ser considerada un estresor psicológico y ambiental que puede afectar los resultados del asma desencadenando exacerbaciones a través de mecanismos neuroinmunológicos. Se ha demostrado que la depresión materna posnatal y la ansiedad se correlacionan fuertemente con niveles de cortisol en niños. La desregulación del eje HHS y la producción de citosinas pro inflamatorias aumentan la susceptibilidad y la sensibilidad a malestar persistente materno, y a otros factores de estrés crónico en la infancia temprana. El asma es influenciada por exposición temprana y acumulativa a estrés en los primeros años de vida así como a otras adversidades sociales en particular síntomas depresivos maternos (Giallo, y otros, 2015).

Sistema Nervioso Autónomo.-

El incremento en activación colinérgica en estados de desesperación, depresión o desesperanza y la reactividad de vías aéreas en asma resulta en estados afectivos vulnerables psicofisiológicamente (desregulación autonómica y sesgo colinérgico), los cuales pueden aumentar la morbilidad y mortalidad. La tristeza

evoca patrones de influencia autonómica que son consistentes con la constricción de vías aéreas mediadas colinérgicamente. En contraste, estados de felicidad pueden estar acompañados de patrones autonómicos, los cuales podrían ser consistentes con una mejor función pulmonar (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

Percepción de síntomas.-

Factores emocionales pueden afectar la exactitud con que uno percibe los síntomas y resultados del asma.

En un estudio multicéntrico en países en vías de desarrollo, se mostró que los factores psicosociales son predictores significativos de la morbilidad infantil de asma. Existe evidencia en la literatura de la relación bidireccional y recíproca entre características familiares y resultados en asma.

Características familiares	Mecanismos	Resultados en Asma
Funcionamiento psicológico del cuidador. Relación padre-hijo. Apego del niño. Dificultades de los padres. Conflictos familiares. Regulación emocional. Adaptación del niño y psicopatología. Antecedentes raciales y étnicos. Organización familiar y responsabilidad.	Conductas de manejo del asma: Adherencia a la medicación. Exposición a alérgenos y humo de tabaco. Toma de decisiones diaria. Creencias en relación a la salud familiar y del paciente. Funcionamiento fisiológico: Eje HHS y sistema inmune. SNA. Percepción de síntomas.	Uso de servicios de salud. Asma y síntomas como sibilancias. Calidad de vida. Restricción de actividades debido al asma. Riesgo de muerte. Asistencia escolar.

Históricamente el modelo de familias psicosomáticas introducido por Minuchin y colaboradores en 1975, sugería que la estructura y el funcionamiento de las familias podrían afectar los resultados del asma. Familias respondiendo a demandas de cuidados para una enfermedad crónica pediátrica varían ampliamente, pueden tener un efecto que organice y estructure, pero también puede causar cambios perjudiciales en otras. El tener un hijo con asma es un reto para las familias, que incrementa el estrés psicológico y contribuye en su funcionamiento. El *modelo socioecológico* para entender mejor las interacciones

del niño, familia y ambiente en el contexto de la enfermedad de la infancia, refleja el progreso en el entendimiento de cómo el funcionamiento de la familia y el sistema se ligan a la adaptación del niño a la enfermedad y su tratamiento (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

El funcionamiento psicológico del cuidador es el mayor determinante del funcionamiento familiar. Seis meses después de su reporte inicial, madres con altos niveles de síntomas depresivos fueron más propensas, hasta un 40% a llevar a sus hijos a urgencias, en comparación con madres con bajos niveles de síntomas depresivos. Cuidadores que reportaron problemas clínicamente significativos de salud mental severos, tuvieron niños con 1.78 veces más probabilidades de hospitalizarse en los siguientes 9 meses, cuando se compararon con aquellos cuidadores que reportaron rangos de psicopatología no significativa.

De forma similar cuidadores con menor nivel de salud mental tuvieron la tendencia de reportar que sus hijos tuvieron más síntomas de asma y más visitas a urgencias en el último año. Entre niños vistos en suburbios y en ciudades con centros especializados en asma, los síntomas reportados en los cuidadores de depresión y estresores negativos de vida en combinación con el sexo del niño (femenino), fueron los predictores más fuertes de morbilidad de asma infantil, basado en los patrones de síntomas y utilización de los servicios de salud (Shalowitz, y otros, 2014).

Resultados de otro pequeño estudio de 1987 indicó que cuando se comparan con niños sin asma, una proporción significativa de niños con asma severa fueron clasificados con apego inseguro. Entre los niños con asma, aquellos con apego seguro mostraron de manera significativa menos problemas de conducta, en relación a aquellos con apego inseguro. La relación padre-hijo media el impacto del estado funcional alterado con síntomas depresivos. Un apego seguro podrá mediar los efectos del desarrollo de enfermedad emocional en niños, porque

mejora la capacidad de afrontamiento del niño y minimiza la expresión de psicopatología (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

Un estudio prospectivo de niños con riesgo genético de asma demostró que la combinación de variables físicas y psicosociales fueron predictores de inicio y persistencia de asma. Enfermedades frecuentes en el 1er año de vida, niveles séricos elevados de IgE a los 6 meses y dificultades tempranas en la crianza fueron independientemente predictivos de desarrollo de asma en niños. Altos niveles de conflicto son la característica distintiva en familias de riesgo, y pondrán al niño en mayor posibilidad de presentar problemas de salud mental y física, al compararse con aquellos niños sin dichos conflictos. Medidas más próximas como la relación padre-hijo (afecto extremo, regulación emocional) provee información sobre procesos emocionales específicos.

La regulación emocional es una dimensión crítica de la expresión de la conducta que ha sido demostrado que contribuye en el desarrollo de psicopatología. Sin embargo han sido relacionadas dificultades en la regulación de emociones con mayor severidad del asma. Además, menor regulación emocional efectiva fue un predictor significativo de síntomas, después de controlar la severidad de asma, por la frecuencia de síntomas y necesidad de medicamentos. La dificultad en la regulación de emociones podría ser representada en patrones de conducta que no alcanzan umbrales terapéuticos sin embargo resultan en relaciones padre-hijo caracterizadas por negatividad y conflicto.

Un metanálisis de trastornos adaptativos de conducta en niños y adolescentes con asma en 2001 concluyó que, los niños con asma estuvieron en mayor riesgo de tener dificultades en conductas adaptativas, con mayor evidencia trastornos internalizados e incremento en la severidad del asma. Otra posibilidad es que las familias angustiadas –en conflicto, agresión, frías, no solidarias o casas negligentes- podría influir no sólo en los resultados del asma sino también en el

desarrollo socioemocional del niño, incluyendo el desarrollo de problemas adaptativos o psicopatología.

Factores adicionales que afectan el funcionamiento familiar son la falta de apoyo social –no tener pareja, amigos y miembros de la familia que den recursos psicológicos a la familia-. Literatura clínica y empírica sugiere que el apoyo social tiene un efecto directo positivo en el bienestar y que protege a los individuos de efectos potencialmente adversos de eventos estresantes. La mejoría en el funcionamiento psicológico de madres a través de intervenciones de apoyo social, podría afectar la adaptación de niños y también podría limitar el impacto de aspectos del funcionamiento físico de niños con enfermedades crónicas.

Dificultades en la comunicación efectiva con el médico tratante del niño y con demás personal de salud, fue asociado con conductas inefectivas en el manejo del asma, incluyendo falla en proveer una adecuada intervención en los síntomas. Relaciones caracterizadas por conflicto, ponen al niño y sus familias en riesgo de tener problemas con el manejo efectivo del asma. Los padres que padecen alguna psicopatología tienen mayor dificultad cuidando a un niño con enfermedad crónica, que aquellos padres que no la padecen. Entre peor salud mental tienen los cuidadores, es más probable que no se adhieran a indicaciones de tratamiento.

La psicopatología de los padres puede perjudicar su habilidad de realizar las tareas necesarias para manejar de forma efectiva el asma de sus niños; desde pacientes deprimidos –ya sea en adultos o niños- son 3 veces más propensos a no adherirse a recomendaciones de tratamiento médico. La depresión asimismo afecta la habilidad del cuidador de realizar las tareas asociadas con el manejo del asma.

El involucramiento del padre en los cuidados del asma infantil –si vive en la misma casa- se ha asociado con menor disrupción en los reportes diarios de

madres en su vida diaria debido al asma infantil; sin embargo en hispanos, la severidad del asma infantil y la edad del niño han sido también asociados a los reportes de disrupción materna. Dos vías pueden explicar la asociación entre características familiares y resultados del asma. Primero, el conflicto familiar y malestar podría afectar las conductas de manejo del asma. A mayor conflicto familiar y malestar se asocia más pobre adherencia a tratamiento y eso empeora los resultados del asma. Segundo, modelos teóricos con algo de evidencia empírica explican cómo el funcionamiento del eje HHS, funcionamiento del SNA y la percepción de síntomas pueden contribuir a las relaciones entre las características familiares y el inicio y resultados del asma (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

La respuesta de los cuidadores a altos niveles de estrés, incluyendo el manejo del estrés crónico, puede llegar a afectar su funcionamiento psicológico así como acompañarse de problemas respiratorios en los niños. Los resultados de los reportes de asma de los padres puede verse influenciado por el estado emocional de los padres, igualmente que los reportes de morbilidad por asma y la morbilidad actual puede ser discrepante.

BSI Inventario Breve de Síntomas.

El «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptoms Inventory, Derogatis y Melisaratos, 1983) es una medida de auto informe de cincuenta y tres ítems, para evaluar el estado psicopatológico de sujetos normales y sujetos con trastornos psiquiátricos o médicos. Es la versión resumida del SCL-90-R, que fue desarrollado y usado en una amplia variedad de ambientes. El instrumento comprende 53 ítems selectos divididos en 9 dimensiones sintomáticas definidas a continuación:

1. Somatización SOM: refleja el malestar psicológico ocasionado por la percepción de disfunciones corporales. Enfocado en los cardiovasculares,

gastrointestinales, respiratorios, dolores/molestias musculares y otros de importante mediación autonómica. Siendo 7 ítems (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37).

2. Obsesión-compulsión O-C: dimensión de pensamientos y acciones que se experimentan como irresistibles y repetitivos pero que son indeseables. Como checar o verificar, dificultad en la toma de decisiones y dificultades en la concentración. Con 6 ítems (5, 15, 26, 27, 32, 36).

3. Sensibilidad interpersonal S-I: sentimientos de inadecuación personal e inferioridad, auto depreciación, malestar importante en situaciones interpersonales. Son 4 ítems (20, 21, 22, 42).

4. Depresión DEP: con un amplio rango de signos y síntomas de síndromes depresivos, como afecto disfórico, interés disminuido en actividades de la vida diaria, pérdida de energía vital, sentimientos de desesperanza. Siendo 6 ítems (9, 16, 17, 18, 35, 50).

5. Ansiedad ANX: conjunto de síntomas usualmente asociados clínicamente con manifestaciones altas de ansiedad; como desesperación, nerviosismo y tensión, experimentadas como ansiedad flotante y pánico. Con 6 ítems (1, 12, 19, 38, 45, 49).

6. Hostilidad HOS: organizada en 3 categorías de conductas hostiles, pensamientos, sentimientos y acciones. Sentimiento de irritabilidad, urgencia por romper cosas, discusiones frecuentes, y explosiones incontrolables de ira. Siendo 5 ítems (6, 13, 40, 41. 46).

7. Ansiedad fóbica PHOB: situaciones usuales de ansiedad fóbica y agorafobia. Miedos fóbicos como viajar, espacios abiertos, lugares públicos, multitudes, medios de transporte, entre otros. Y son 5 ítems (8, 28, 31, 43, 47).

8. Ideación paranoide PAR: fenómeno concebido como forma de pensar, con proyecciones, hostilidad, suspicacia, centralidad, miedo a perder la autonomía. Con 5 ítems (4, 10, 24, 48, 51).

9. Psicoticismo PSY: en un continuo de menor a mayor gravedad. Desde síntomas indicativos de un estilo de vida esquizoide hasta los más graves de las psicosis. Siendo 5 ítems (3, 14, 34, 44, 53).

10. Adicionales: aquellos que no pertenecen a ninguna dimensión de síntomas, pero sí se toman en cuenta para la medida de índices generales (11, 25, 39, 52). Pueden encajar en varias dimensiones. Son importantes síntomas vegetativos y otros indicadores clínicos. (NCS Pearson, Inc (Pearson), 1975).

Además de 3 índices globales de malestar asociado:

- GSI Índice General de Severidad: o *índice de gravedad global*, es el mejor indicador del nivel de malestar presente. Se suman todos los valores de los ítems y se divide entre el total respondido.
- PSDI Índice de Malestar Síntomas Positivos: es una medida pura de la intensidad/severidad. Mide el estilo de respuesta, de comunicación si el malestar del paciente aumenta o disminuye. Se obtiene de la suma de todos los valores de los ítems positivos dividido entre PST.
- PST Total de Síntomas Positivos: es igual al número de ítems en los que el paciente no ha puntuado 0 y nos indica el número de síntomas que el paciente afirma experimentar.

Se especifica el grado de malestar psicológico que les ha ocasionado cada síntoma en el transcurso de la última semana, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4), donde el cero indica «ningún malestar» y el 4 «un malestar extremo». En circunstancias normales, su aplicación no toma más de 15 minutos (10 minutos en la administración del inventario y 1-2 minutos en las

instrucciones).Cada ítem del inventario es breve y con lenguaje simple (entendible por un amplio segmento de la población) (Derogatis & Melisaratos, 1983).

Se pide a los participantes que respondan en relación a cómo se han sentido los últimos 7 días. Aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad, es de gran utilidad para:

- ✓ Realizar una evaluación inicial de pacientes, método objetivo para el gravamen del síntoma.
- ✓ Medir el progreso del paciente con una enfermedad mental (antes, durante y después del tratamiento) y como medida de los resultados/efectos del tratamiento.
- ✓ En Ensayos Clínicos para ayudar a medir los cambios en síntomas tales como depresión y ansiedad.

Para obtener las puntuaciones totales de cada dimensión de síntomas, se suman los ítems respondidos y se divide por el número de ítems totales de cada área. Se obtienen de ahí puntuaciones brutas, las cuales deben convertirse a puntuaciones T o totales. Una $T \geq 70$ para cada dimensión, se considera como punto de corte a partir del cual se considera indicador de riesgo de malestar.

La función de los índices globales es informar en una sola puntuación el nivel de severidad del malestar sintomatológico experimentado por el individuo. El PSDI y el PST, en conjunto con el GSI dan un entendimiento significativo de la imagen clínica.

Este inventario cuenta con excelente fiabilidad lo cual avala su utilidad, como una medida general de psicopatología. Con una consistencia interna excelente, tanto si se toma en consideración la escala total (unidimensional) como si se atiende al agrupamiento dimensional defendido por sus autores.

Capítulo III

HIPÓTESIS

A) Hipótesis de trabajo.-

Los *principales síntomas psicopatológicos* reportados por los padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas atendidos en la consulta del Centro Regional de Alergias e Inmunología Clínica del Hospital Universitario “José Eleuterio González” serán ***ansiedad y depresión***.

Capítulo IV

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la psicopatología principalmente reportada por padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas que acuden a la consulta externa del Centro Regional de Alergias e Inmunología Clínica CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

Objetivos Específicos:

- Establecer el perfil sociodemográfico de los padres o tutores de pacientes que acuden a la consulta externa del CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.
- Determinar si la prevalencia de psicopatología en los padres o tutores de pacientes que acuden a la consulta externa del CRAIC, se relaciona con el tipo de enfermedad alérgica del niño.

Capítulo V

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó el Inventario Breve de Síntomas BSI a los padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas que acudieron a la consulta externa del CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González” y aceptaron de forma verbal participar. El cuestionario se divide en la ficha de datos sociodemográficos y el inventario BSI, presenta formato auto aplicable y tuvo una duración aproximada 15-20 minutos, se respondieron en sala de espera mientras pasaban a las citas de seguimiento.

Población de Estudio:

Padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas que acudan a la consulta externa del CRAIC.

Calculo de la Muestra:

Tomando en consideración una población finita de 6000 pacientes, a una confiabilidad del 95%, una probabilidad máxima estimada 50% y un error máximo aceptado del 10%; se determinó mediante la *fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas*, una muestra estadísticamente significativa de 95 pacientes, con un 10% extra para compensar merma, dando un final propuesto de 104 pacientes.

Finalmente se lograron reclutar un total de **111 pacientes** en un periodo aproximado de 2 meses (mayo y junio 2017).

Criterios de Inclusión:

- Padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas que acudieron a la consulta externa del CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González” que aceptaron participar en el estudio y que completaron el cuestionario.

Criterios de Exclusión:

- Padres o tutores que no sepan leer y/o escribir.

- Personas con discapacidad intelectual o cualquier otra condición que impida el llenado del cuestionario.

Criterios de Eliminación:

- Personas que cumplan con los criterios de inclusión pero que decidan no participar de forma voluntaria en el estudio.
- Aquellos que no terminen de contestar el cuestionario o lo llenen de manera incorrecta.

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio prospectivo, observacional, transversal y no ciego para estudiar la presencia de síntomas de psicopatología en padres o tutores de pacientes que acudan a la consulta externa del CRAIC del Hospital Universitario "José Eleuterio González".

Consideraciones Éticas:

Se trató de un cuestionario auto aplicable, anónimo y contestado de manera voluntaria. Así mismo se cuidó la confidencialidad del mismo.

Factibilidad y Financiamiento:

Se utilizó un cuestionario por cada persona que participó en el estudio, se les facilitaron plumas. No se requirieron otros financiamientos, solo fotocopias y material de oficina. Mismo que se cubrió con los recursos del Departamento de Psiquiatría de nuestro hospital.

Capítulo VI

RESULTADOS

Datos sociodemográficos.

Con una muestra final de 111 padres encuestados que completaron nuestro cuestionario, un 70.3% (78) fueron mujeres y 29.7% (33) hombres. Lo que concuerda con la literatura revisada, donde las mujeres en países como el nuestro fungen como cuidadoras. En cuanto al lugar de residencia el 84.7% (94) dijo vivir en Monterrey, 9.9% (11) en zonas rurales de Nuevo León y 2.7% (3) en otros estados, principalmente noreste del país. En estado civil respondieron lo siguiente 62.2% (69) casados, 14.4% (16) unión libre, 6.3% (7) divorciados, 5.4% (6) separados y 8.1% (9) solteros.

En el nivel de educación de los padres un 33.3% (37) tuvieron licenciatura completa, 21.6% (24) preparatoria completa, 23.4% (24) secundaria completa, solo 2.7% (3) nivel de posgrado y 9.9% (11) estudios trunca. En comparación al nivel de educación de las madres 30.6% (34) preparatoria completa, 30.6% (34) licenciatura completa, 25.2% (28) con secundaria completa, 6.3% (7) primaria completa, 2.7% (3) nivel de posgrado y 1.8% (2) con estudios trunca. Respecto a la ocupación reportaron el 91% (101) de los padres trabajan contra el 36.9% (41) de las madres; el 58.6% (65) de las madres se dedican al hogar contra el 1.8% (2) de los padres dedicados al hogar o que no trabajan.

El diagnóstico de los pacientes (hijos de los padres encuestados) fue: 18% (20) asma, 26.1% (29) rinitis, 20.7% (23) asma + rinitis, 2.7% (3) asma + otro, 2.7% (3) rinitis + otro, 4.5% (5) otro y el 19.8% (22) dijeron desconocer el diagnóstico. Se observó en nuestra muestra una concordancia con la literatura pues 70.2% de los diagnósticos correspondió a las principales enfermedades alérgicas como son Asma, rinitis y su combinación (Pawankar , Canonica, Holgate, & Lockey, 2011).

De forma global el 49.5% (55) de los hijos padecen asma y 50.5% (56) sin asma. Al separar la subpoblación de pacientes con diagnóstico de asma se observa la siguiente clasificación en cuanto a la severidad del asma: 78.1% (43) controlada,

12.7% (7) parcialmente controlada y 9% (5) no controlada. El tiempo que llevaban en tratamiento dichos pacientes resultó el siguiente: 24.3% (27) 1 a 6 meses, 18.9% (21) primera vez, 15.3% (17) 7 a 12 meses, 13.5% (15) 19 a 24 meses, 10.8% (12) 31 a 36 meses, 8.1% (9) 13 a 18 meses, 5.4% (6) 25 a 30 meses y 3.6% (4) >3 años en tratamiento.

Respecto al uso de medicamentos usados por los hijos de los padres encuestados fueron un 30.6% (34) antihistamínicos, 11.7% (13) esteroide inhalado, 10.8% (12) salbutamol (agonista β_2 adrenérgico), 9% (10) antagonistas de leucotrieno, 6.3% (7) esteroide intranasal, 4.5% (5) vacunas, 1.8% (2) sin medicamento y 11.7% (13) no recordaron el medicamento que estaba tomando su hijo.

Los resultados del instrumento ***Inventario Breve de Síntomas BSI*** en las 10 dimensiones arrojaron una media de puntuaciones T en somatizaciones T=38, en obsesión-compulsión T=39, en sensibilidad interpersonal T=44, en depresión T=35, ansiedad T=38, hostilidad T=47, ansiedad fóbica T=48, ideación paranoide T=48, psicoticismo T=41 y en otros síntomas T=36. En los índices globales puntuaciones de GSI o índice General de Severidad T=36, en PST o Total de Síntomas Positivos T=28 y en PSDI o Índice de Malestar de Síntomas Positivos T=33. Dado que todas las variantes arrojaron resultados T<70 se puede decir que ninguna dimensión sintomática o global salió positiva para malestar psicopatológico.

	SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION
N	111	111	109	111
Media	0.2973	0.4955	0.38073	0.26577
Mediana	0.14286	0.33333	0.25	0.16667
Moda	0	0	0	0
Desviación estándar	0.379989	0.507748	0.465967	0.42544
Asimetría	1.954	1.562	1.965	3.056
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.231	0.229
Curtosis	4.454	3.151	5.233	11.77
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.459	0.455
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	2	2.667	2.5	2.667

	ANSIEDAD	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
N	111	111	110	111	111	111
Media	0.37417	0.44685	0.22909	0.43559	0.22402	0.34985
Mediana	0.16667	0.4	0	0.2	0	0.25
Moda	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	0.477254	0.547361	0.396162	0.558911	0.395816	0.429326
Asimetría	2.275	2.042	2.507	2.008	2.415	2.285
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.23	0.229	0.229	0.229
Curtosis	6.391	4.633	8.251	4.179	5.965	7.261
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.457	0.455	0.455	0.455
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	2.667	2.6	2.4	2.8	2	2.5

11. Tabla Puntuaciones brutas por cada dimensión de síntomas.

	SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION	ANSIEDAD
N	111	111	109	111	111
Media	38	39	44	35	38
Desviación estándar	0.379989	0.507748	0.465967	0.42544	0.477254

	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
N	111	110	111	111	111
Media	47	48	48	41	36
Desviación estándar	0.547361	0.396162	0.558911	0.395816	0.429326

12. Tabla Puntuaciones totales por cada dimensión de síntomas.

	GSI	PST	PSDI
N	111	111	111
Media	0.34973	13.59459	1.20427
Mediana	0.20755	10	1.05556
Moda	,038 ^a	8	1
Desviación estándar	0.377594	11.33328	0.380689
Asimetría	2.325	1.258	1.037
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.229
Curtosis	6.671	1.079	3.935
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.455
Mínimo	0	0	0
Máximo	2.132	49	2.722

13. Tabla Puntuaciones brutas en índices globales.

	GSI	PST	PSDI
N	111	111	111
Media	36	28	33
Desviación estándar	0.377594	11.33328	0.380689

14. Tabla Puntuaciones totales en índices globales.

Así mismo se cuestionó a los padres sobre la creencia de que sus hijos necesiten ayuda psicológica reportándose lo siguiente el 16.2% (18) dijeron estar de acuerdo, 19.8% (22) moderadamente de acuerdo, 17.1% (19) neutral, 6.3% (7) moderadamente desacuerdo y 36% (40) en desacuerdo. Con esto podemos decir que al menos la mitad de los padres encuestados aceptaron esta ayuda como una necesidad.

En las razones para pedir ayuda psicológica reportaron un 14.4% (16) por problemas de conducta, 5.4% (6) por motivos escolares, 4.5% (5) por problemas de ansiedad, 2.7% (3) por cuestiones familiares, 2.7% (3) problemas de sueño, 1.8% (2) autoestima, 6.3% (7) por otras causas y 12.6% (14) por más de un motivo de los anteriores.

Así mismo se realizó cruce entre los *Índices Globales de malestar psicológico* del Inventario Breve de Síntomas BSI y la *Aceptación de la necesidad de ayuda psicológica para sus hijos* a través de la correlación de Spearman 95%, observándose una disminución en el malestar referido estadísticamente significativo en todas las dimensiones sintomáticas.

Como son Somatizaciones <36.1%, Obsesiones-compulsiones <31.4%, Sensibilidad interpersonal<30.7%, Depresión<32.4%, Ansiedad<45.6%, Hostilidad<46.2%, Ansiedad fóbica <22%, Ideación paranoide<35.8%, Psicoticismo <32.1%, en otros <31.2%. Por su parte en los globales Índice Global de Severidad GSI <46%, Total de síntomas positivos PST <44.8% y Índice de malestar de síntomas Positivos PSDI <32.2%.

Correlación de Sperman 95%		SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-,361**	-0.314	-0.307	-0.324
	p	0	0.001	0.002	0.001
	N	106	106	104	106

Correlación de Sperman 95%		ANSIEDAD	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-0.456	-0.462	-0.22	-0.358	-0.321	-0.312
	p	0	0	0.024	0	0.001	0.001
	N	106	106	105	106	106	106

Correlación de Sperman 95%		GSI	PST	PSDI
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-0.46	-0.448	-0.322
	p	0	0	0.001
	N	106	106	106

15. Tabla Correlación entre Índices de malestar global y necesidad de ayuda psicológica.

Capítulo VII

DISCUSIÓN

En los últimos 20 años las enfermedades alérgicas han ido en aumento, llegando a convertirse en un problema de salud. Actualmente afectan a cerca del 30% de la población general y de forma significativa a niños. Las principales enfermedades alérgicas reportadas y en las que se centró nuestro estudio fueron Asma, Rinitis y su combinación.

Se ha visto que el impacto que generan estas enfermedades no sólo afecta al paciente, sino también a la persona que lo cuida. Por lo general este grupo de pacientes necesita la ayuda de un cuidador quien brinda apoyo participando en la toma de decisiones, identificando las necesidades del paciente y verificando el desarrollo de acciones como la toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. (Achury, Castaño Riaño, Gómez Rubiano, & Guevara Rodríguez, 2011).

Generalmente son los padres las personas encargadas de ejercer las funciones de cuidado y protección, así como decidir sobre la salud de los niños. En la literatura internacional se ha reportado un porcentaje elevado de cuidadores de pacientes asmáticos con sintomatología ansiosa y depresiva principalmente; siendo un porcentaje importante de estos casos los que representan un problema clínico que requiere atención especializada. Incluso en ocasiones se ha reportado que el incremento en la psicopatología de los cuidadores se ha relacionado con la severidad del asma del niño (Valero Moreno, Pérez Marín, & Montoya Castilla, 2018).

Sin embargo en el presente estudio se descartó la hipótesis de trabajo donde se proponía que los *principales síntomas psicopatológicos* reportados por los padres o tutores de pacientes con enfermedades alérgicas de la consulta del CRAIC del Hospital Universitario “José Eleuterio González” serían *ansiedad y depresión*. Puesto que la media de puntuaciones T en las diferentes dimensiones de

síntomas del BSI arrojaron resultados $T < 70$, ninguna dimensión salió positiva para malestar psicopatológico. Aun a pesar de que a menudo los éstos asumen diversos roles y enfrentan otras circunstancias como atender a los otros hijos, cónyuge u otro familiar que lo necesite. Bazán, Rodríguez, Osorio y Sandoval 2014 aducen que “el cuidado de un enfermo supone un fuerte impacto en la vida de los cuidadores”.

Estos resultados podrían explicarse por una parte debido al gran trabajo multidisciplinario que se lleva a cabo en este Servicio de Alergias e Inmunología Clínica desde ya hace varios años, en donde se realizan diversas actividades con el fin principal de psicoeducar tanto a pacientes como a familiares sobre la enfermedad, administración de fármacos, detección oportuna y temprana de síntomas, promover la comunicación efectiva entre los diversos especialistas y los pacientes lo cual influye de manera importante en el control de la enfermedad, entre otras. Además una gran proporción de pacientes se encontraban asistiendo a citas de seguimiento en su mayoría > 6 meses, por lo cual muchos se reportaron asintomáticos o con sintomatología leve.

Como hallazgo, a través del cruce entre los *Índices Globales de malestar psicológico* del BSI y la *Aceptación de la necesidad de ayuda psicológica para sus hijos* a través de la correlación de Spearman 95%, se encontró una disminución en el malestar referido estadísticamente significativo en todas las dimensiones sintomáticas de entre el 22 y el 46.2%. Con lo cual podemos reforzar la importancia en la promoción de la aceptación de valoraciones multidisciplinarias de los pacientes y sus familiares.

Capítulo VIII

CONCLUSIÓN

El sistema familiar de un paciente con enfermedad crónica debe enfrentarse, además de los estresores comunes a todas las familias, a los originados por la propia enfermedad, la novedad/incertidumbre de su curso y evolución, la comprensión de la información que brinda el personal sanitario, dificultades económicas, al tener que dedicar parte del presupuesto familiar a tratar la enfermedad, el manejo psicoemocional, tensiones extra con la pareja, familia y conflictos de roles. Por lo cual se recomiendan este tipo de valoraciones de rutina para tener un impacto no solo en el paciente identificado, sino también en su sistema familiar, principal medio de interacción y de influencia.

Es importante no dejar de lado el concepto de Salud, como un estado de completo bienestar *físico, mental y social*, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Siendo recomendable brindar atención integral a nuestros pacientes para poder tener un impacto positivo. Cada vez se realizan más estudios para reconocer, cómo los factores psicosociales influyen en las patologías y así planificar intervenciones eficaces. A pesar de que este estudio se centró en la búsqueda de psicopatología en padres, sería interesante revisar otras variables como el funcionamiento familiar, psicopatología en los hijos, entre otros para poder delimitar cuál es el factor de mayor influencia.

Los factores psicológicos actúan según un modelo circular, afectando los problemas del paciente a la familia y los problemas de la familia al propio paciente, demostrándose una relación entre los procesos familiares y la sintomatología asmática en niños y adolescentes. Fue de interés particular que al relacionar 2 variables, *Índices Globales de malestar psicológico* del BSI y la *Aceptación de la necesidad de ayuda psicológica para sus hijos* se encontró una disminución en el malestar psicopatológico de los padres o tutores. Se puede deducir que fueron padres más abiertos a la ayuda integral de sus hijos por lo cual es probable relacionarlos a pronósticos más favorables.

Capítulo IX

ANEXOS

Cuestionario.

Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS DEL NIÑO:

No. Registro: _____ Género: Masc Fem Edad: _____

Diagnóstico: Asma / Rinitis / Urticaria / _____

DATOS DEL PADRE/TUTOR:

Género: Masc Fem Edad: _____ Responsable: padres / otro

Escolaridad: Primaria completa / incompleta Secundaria completa / incompleta

Preparatoria o similar completa / incompleta Licenciatura o más completa / incompleta

Ocupación: Trabaja / No trabaja

INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS BSI

A continuación hay un listado de síntomas que en ocasiones tienen las personas. Lea cuidadosamente y seleccione en cada caso su respuesta marcando la letra que mejor describa, hasta qué punto se ha sentido molesto por ese problema durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS.

ITEMS	NADA	MUY POCO	POCO	MODERADO	MUCHO
1. Nerviosismo o agitación interior					
2. Sensaciones de desmayo o mareo					
3. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos					
4. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás					
5. Dificultad para recordar las cosas					
6. Sentirse fácilmente irritado o enfadado					
7. Dolores en el corazón o en el pecho					

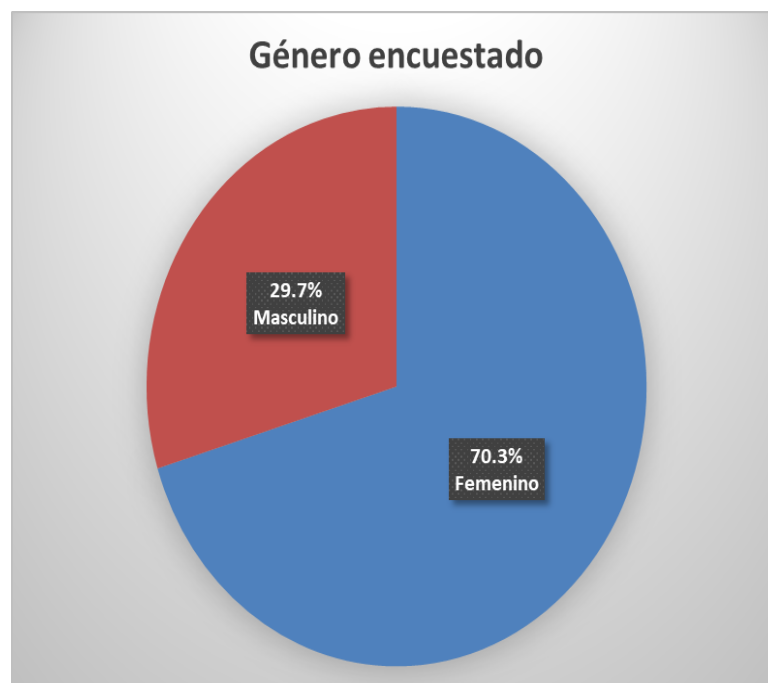
8. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle					
9. Pensamientos o ideas de acabar con su vida					
10. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas					
11. Falta de apetito					
12. Tener miedo de repente y sin razón					
13. Arrebatos de cólera o ataques e furia que no logra controlar					
14. Sentirse sólo aunque esté con más gente					
15. Sentirse incapaz de lograr cosas					
16. Sentirse solo					
17. Sentirse triste					
18. No sentir interés por las cosas					
19. Sentirse temeroso					
20. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad					
21. La impresión de que la gente es un poco amistosa o que usted no les gusta					
22. Sentirse inferior a los demás					
23. Náuseas o malestar en el estómago					
24. Sensación de que otras personas le miran o hablan mal de usted					
25. Dificultad para conciliar el sueño					
26. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace					
27. Encontrar difícil el tomar decisiones					
28. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.					
29. Dificultad para respirar					
30. Sentir calor o frío de repente					
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo					

32. Que se le quede la mente en blanco					
33. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo					
34. La idea de que debería ser castigado por sus pecados					
35. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro					
36. Tener dificultad para concentrarse					
37. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo					
38. Sentirse tenso o agitado					
39. Pensamientos sobre muerte o el hecho de morir					
40. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien					
41. Tener fuertes deseos de romper algo					
42. Sentirse muy cohibido entre otras personas					
43. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p. ej. En el cine, en las tiendas					
44. No sentirse cercano o íntimo con nadie					
45. Ataques de terror o pánico					
46. Tener discusiones frecuentes					
47. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo					
48. El que otros no reconozcan sus logros					
49. Sentirse tan inquieto de que no puede ni estar sentado tranquilo					
50. La sensación de ser inútil o de no valer nada					
51. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara					
52. Sentimientos de culpabilidad					
53. La idea de que algo anda mal en su mente					

1. Tabla Género.

Género Encuestado		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	78	70.3%
Masculino	33	29.7%
Total	111	100%

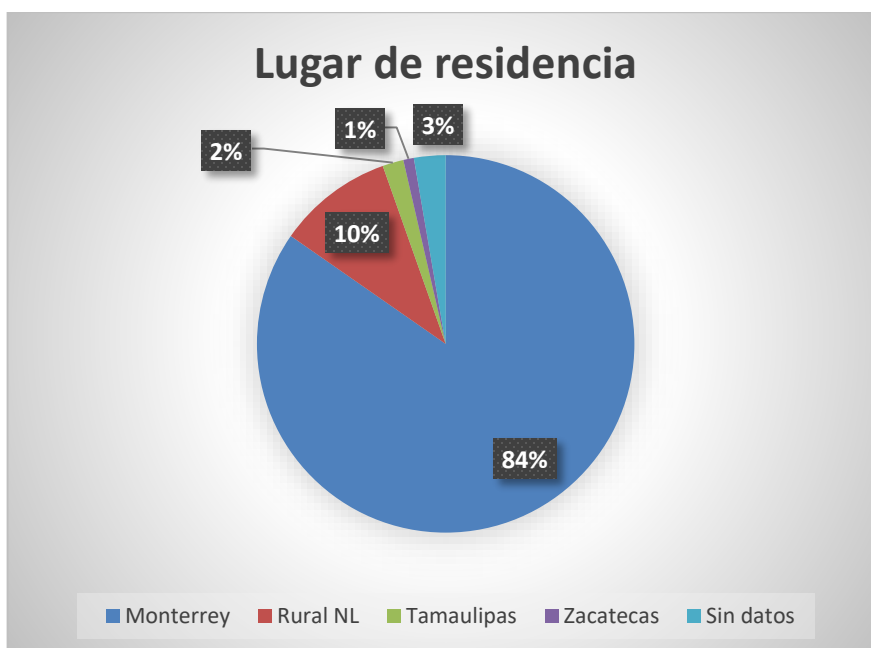
1. Gráfico género encuestado.



2. Tabla Residencia.

Residencia		
Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Monterrey	94	84.7%
Rural NL	11	9.9%
Tamaulipas	2	1.8%
Zacatecas	1	0.9%
Sin datos	3	2.7%
Total	111	100%

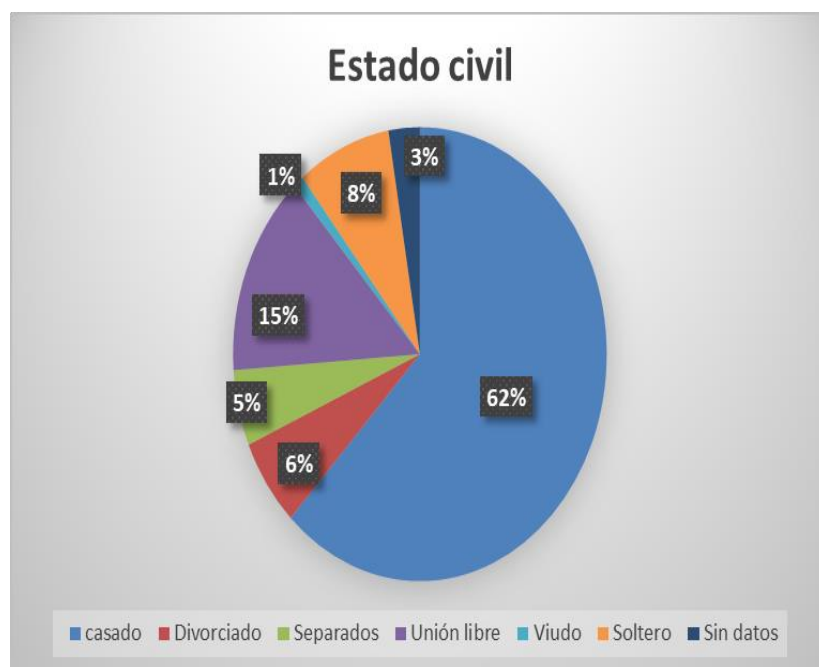
2. Gráfico lugar de residencia.



3. Tabla estado civil.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
casado	69	62.2%
Divorciado	7	6.3%
Separados	6	5.4%
Unión libre	16	14.4%
Viudo	1	0.9%
Soltero	9	8.1%
Sin datos	3	2.7%
Total	111	100%

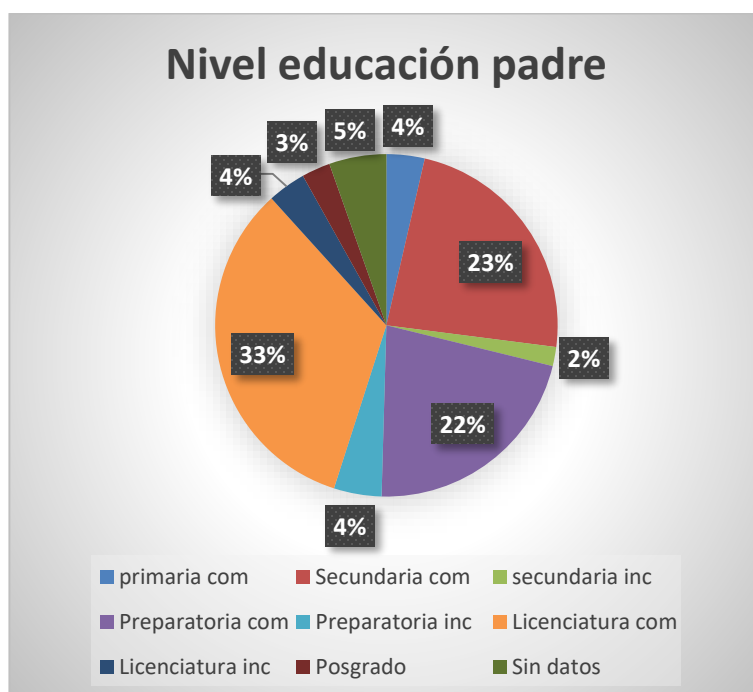
3. Gráfico estado civil.



4. Tabla nivel educación padre.

Nivel de educación padre		
	Frecuencia	Porcentaje
primaria completa	4	3.6%
Secundaria completa	26	23.4%
secundaria incompleta	2	1.8%
Preparatoria completa	24	21.6%
Preparatoria incompleta	5	4.5%
Licenciatura completa	37	33.3%
Licenciatura incompleta	4	3.6%
Posgrado	3	2.7%
Sin datos	6	5.4%
Total	111	100%

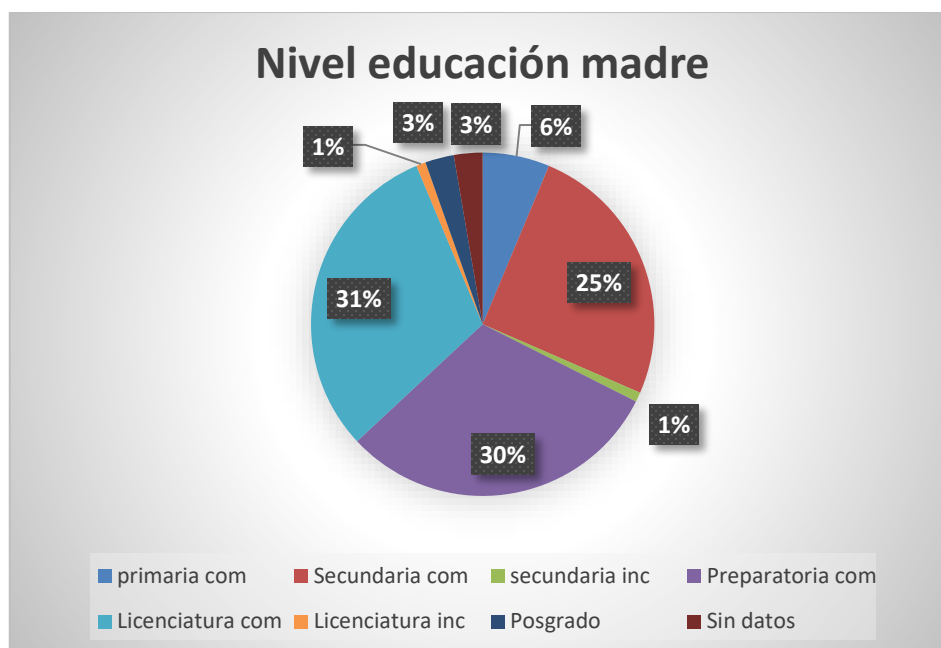
4. Gráfico nivel educación padre.



5. Tabla Nivel educación madre.

Nivel Educación madre		
	Frecuencia	Porcentaje
primaria completa	7	6.3%
Secundaria completa	28	25.2%
secundaria incompleta	1	0.9%
Preparatoria completa	34	30.6%
Licenciatura completa	34	30.6%
Licenciatura incompleta	1	0.9%
Posgrado	3	2.7%
Sin datos	3	2.7%
Total	111	100%

5. Gráfico Nivel educación madre.



6. Tabla ocupación padre.

Ocupación padre		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	101	91.0%
No trabaja	1	0.9%
Hogar	1	0.9%
Sin datos	8	7.2%
Total	111	100%

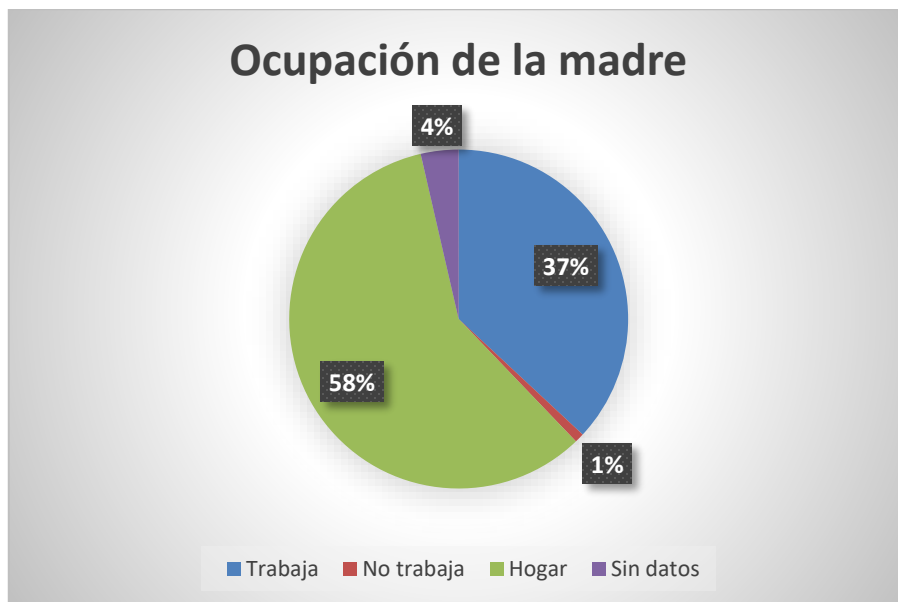
6. Gráfico ocupación padre.



7. Tabla ocupación madre.

Ocupación madre		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	41	36.9%
No trabaja	1	0.9%
Hogar	65	58.6%
Sin datos	4	3.6%
Total	111	100%

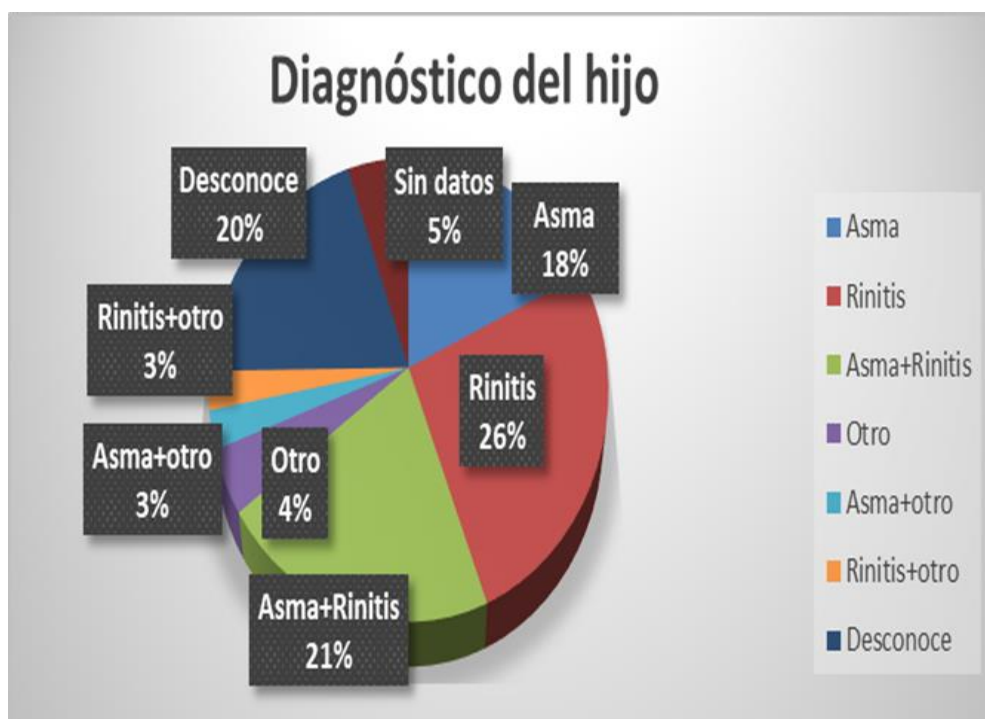
7. Gráfico ocupación madre.



8. Tabla Diagnóstico del Hijo.

Diagnóstico del Hijo		
	Frecuencia	Porcentaje
Asma	20	18.0%
Rinitis	29	26.1%
Asma+Rinitis	23	20.7%
Otro	5	4.5%
Asma+otro	3	2.7%
Rinitis+otro	3	2.7%
Desconoce	22	19.8%
Sin datos	6	5.4%
Total	111	100%

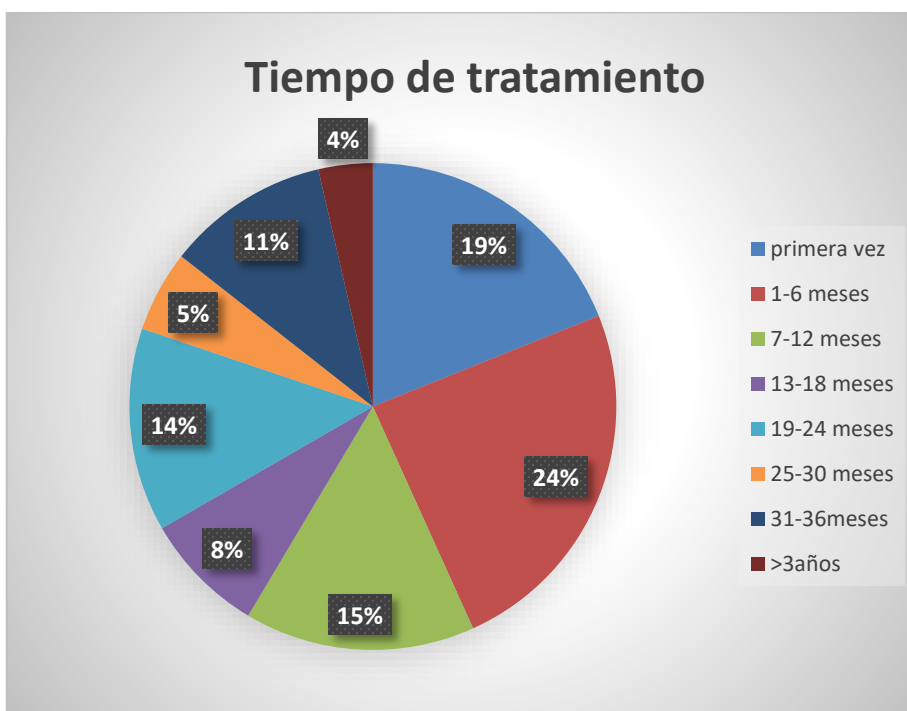
8. Gráfico Diagnóstico del Hijo.



9. Tabla tiempo de tratamiento.

Tiempo en tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
primera vez	21	18.9%
1-6 meses	27	24.3%
7-12 meses	17	15.3%
13-18 meses	9	8.1%
19-24 meses	15	13.5%
25-30 meses	6	5.4%
31-36 meses	12	10.8%
>3años	4	3.6%
Total	111	100%

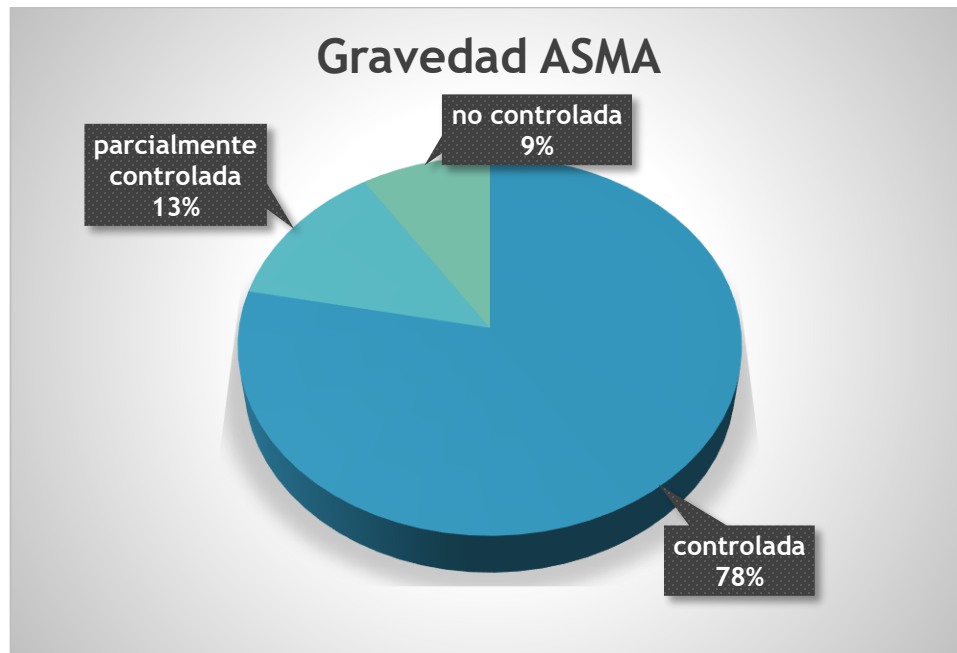
9. Gráfico tiempo de tratamiento.



10. Tabla Gravedad Asma.

Gravedad Asma		
	Frecuencia	Porcentaje
Controlada	43	78.1%
parcialmente controlada	7	12.7%
No controlada	5	9.09%
Total	55	100%

10. Gráfico Gravedad Asma.



11. Tabla Puntuaciones brutas por cada dimensión de síntomas.

	SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION
N	111	111	109	111
Media	0.2973	0.4955	0.38073	0.26577
Mediana	0.14286	0.33333	0.25	0.16667
Moda	0	0	0	0
Desviación estándar	0.379989	0.507748	0.465967	0.42544
Asimetría	1.954	1.562	1.965	3.056
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.231	0.229
Curtosis	4.454	3.151	5.233	11.77
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.459	0.455
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	2	2.667	2.5	2.667

	ANSIEDAD	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
N	111	111	110	111	111	111
Media	0.37417	0.44685	0.22909	0.43559	0.22402	0.34985
Mediana	0.16667	0.4	0	0.2	0	0.25
Moda	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	0.477254	0.547361	0.396162	0.558911	0.395816	0.429326
Asimetría	2.275	2.042	2.507	2.008	2.415	2.285
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.23	0.229	0.229	0.229
Curtosis	6.391	4.633	8.251	4.179	5.965	7.261
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.457	0.455	0.455	0.455
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	2.667	2.6	2.4	2.8	2	2.5

12. Tabla Puntuaciones totales por cada dimensión de síntomas.

	SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION	ANSIEDAD
N	111	111	109	111	111
Media	38	39	44	35	38
Desviación estándar	0.379989	0.507748	0.465967	0.42544	0.477254

	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
N	111	110	111	111	111
Media	47	48	48	41	36
Desviación estándar	0.547361	0.396162	0.558911	0.395816	0.429326

13. Tabla Puntuaciones brutas en índices globales.

	GSI	PST	PSDI
N	111	111	111
Media	0.34973	13.59459	1.20427
Mediana	0.20755	10	1.05556
Moda	,038 ^a	8	1
Desviación estándar	0.377594	11.33328	0.380689
Asimetría	2.325	1.258	1.037
Error estándar de asimetría	0.229	0.229	0.229
Curtosis	6.671	1.079	3.935
Error estándar de curtosis	0.455	0.455	0.455
Mínimo	0	0	0
Máximo	2.132	49	2.722

14. Tabla Puntuaciones totales en índices globales.

	GSI	PST	PSDI
N	111	111	111
Media	36	28	33
Desviación estándar	0.377594	11.33328	0.380689

15. Tabla Correlación entre Índices de malestar global y necesidad de ayuda psicológica.

Correlación de Spearman 95%		SOMATIZACIÓN	OBSESIÓN-COMPULSIÓN	SENS INTERPERSONAL	DEPRESION
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-,361**	-0.314	-0.307	-0.324
	p	0	0.001	0.002	0.001
	N	106	106	104	106

Correlación de Sperman 95%		ANSIEDAD	HOSTILIDAD	ANSIEDAD FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	OTROS
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-0.456	-0.462	-0.22	-0.358	-0.321	-0.312
	p	0	0	0.024	0	0.001	0.001
	N	106	106	105	106	106	106

Correlación de Sperman 95%		GSI	PST	PSDI
Ayuda psico (solo globales)	Rho	-0.46	-0.448	-0.322
	p	0	0	0.001
	N	106	106	106

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Achury, D. M., Castaño Riaño, H. M., Gómez Rubiano, L. A., & Guevara Rodríguez, N. M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 27-46.
- Bazán Riverón, G. E., Rodríguez Martínez, J. I., Osorio Guzmán, M., & Sandoval Navarrete, J. (2014). Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. *Neumol Cir Torax*, 4-11.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 595-605.
- Fernández Rodríguez, J. C., & González García, C. (2013). Percepción de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial. *Revista Iberoamericana para la investigación y desarrollo educativo*.
- Fregoso Vera, M., Jurado Cárdenas, S., & Gómez Vera, J. (2016). Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 69-80.
- Ghaempanah, Z., Reza Fazlollahi, M., Ali Noorbala, A., Movahedi, M., Kazemnejad, A., Pourpak, Z., & Moin, M. (2013). "Impact of maternal health on pediatric asthma control". *TANAFFOS Journal of Respiratory Diseases, thoracic surgery, intensive care and tuberculosis.*, 12 (4): 23-27.
- Giallo, R., Bahreinian, S., Brown, S., Cookin, A., Kingston, D., & Kozyrsky, A. (2015). Research article "Maternal Depressive Symptoms across early childhood and asthma in school children findings from longitudinal Australian population based study". *PLoS ONE*.
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on Pediatric Asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 475-491.
- Marques dos Santos, L., Neves dos Santos, D., Cunha Rodrigues, L., & Lima Barreto, M. (2012). "Maternal mental health and social support-. effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms". *J Epidemiol Community Health*, 66:1011-1016.

- Mrazek, D. (1992). Psychiatric complications of pediatric asthma. *AnnAllergy*, 69:285–293.
- NCS Pearson, Inc (Pearson). (1975). Brief Symptom Inventory (BSI) Derogatis L. *Pearson Clinical Assessment*, 32-40.
- Pawankar , R., Canonica, G. W., Holgate, S. T., & Lockey, R. F. (2011). *Libro Blanco sobre Alergia de la WAO. Resumen Ejecutivo*. Obtenido de World Allergy Organization:
www.worldallergy.org/UserFiles/file/WWBOA_Executive-Summary_Spanish.pdf
- Reddel, H. K., & Pedersen, S. (2018). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Obtenido de Global Initiative for Asthma:
www.ginasthma.org
- Ross, R. G., Hunter, S. K., Zerbe, G. O., & Hanna, K. (2012). Mothers and fathers do not accurately report each others psychopathology. *Mental Illness*, 66-72.
- Sánchez Borges, M., Martin, B. L., & Muraro, A. M. (2018). The importance of allergic disease in public health: an iCAALL statement. *World Allergy Organization Journal*.
- Shalowitz, M., Mijanovich, T., A. Berry, C., Clark-Kauffman, E., A. Quinn, K., & L. Perez, E. (14 de December de 2014). "Context matters: A community-based study of maternal mental health. life stressors, social support, and childrens asthma". *Pediatrics.aapublications.org*. Obtenido de
www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds2005-2446
- Steele, E. H., & Mckinney, C. (2018). Relationships among emerging adult psychological problems, maltreatment, and parental psychopathology: Moderation by parent-child relationship quality. *Family Process*, 1-16.
- Valero Moreno, S., Pérez Marín, M., & Montoya Castilla, I. (2018). Malestar emocional en los familiares de adolescentes con asma bronquial: análisis de sus predictores. *Arch Argent Pediatr*, 234-240.

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Jessica Samantha Cortéz Ramírez por intereses personales académicos viene a la ciudad de Monterrey, Nuevo León desde el año 2005 a la fecha. Ha realizado sus estudios de pregrado y de posgrado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Actualmente se encuentra cursando su último año de la especialidad en Psiquiatría General en la cual ha encontrado gran interés, aprendizaje y crecimiento personal.